



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

Copia radica

ACHC – 2013-322
Bogotá D. C. 27 de noviembre de 2013

Doctor
ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
E.S.D.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Radicado No: 2013-12301814082
Destino: 1000 MINISTRO DE SAL - Rem: ACHC ASOCIACION C
Folios: 14 Anexos: 0 Copias: 0
2013 11 28 12:45 Cód veri: 30a74
Consulte su trámite en <http://www.minsalud.gov.co>

ASUNTO: PROCESO DE REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Respetado Señor Ministro:

En el proceso de reforma y en todas aquellas decisiones que impactan al sector prestador de servicios de salud, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, siempre ha participado de manera activa, formulando las observaciones necesarias y realizando propuestas que propugnen por un mejor Sistema de Salud para los colombianos.

No en vano hemos insistido en que no debemos abandonar u olvidar lo que nos ha mostrado y enseñado la experiencia de estos años. La necesidad de un cambio y de reforma al Sistema de Salud, se ha invocado desde hace ya 10 años, cuando en el 2003 se conformó una Comisión Accidental en el Congreso de la República para examinar la crisis hospitalaria y preparar una reforma. En el año 2007 producto de varios proyectos de Ley y de diversas discusiones, se expidió la Ley 1122 de 2007, que no se reglamentó en su totalidad, pero trató de establecer reglas para mejorar la relación entre EPS e IPS, limitó la integración vertical, creó la CRES, entre otros asuntos.

Posteriormente en el 2011, se expidió la Ley 1438, que tampoco logró su desarrollo reglamentario deseado y aspectos medulares de esta iniciativa como la estrategia de Atención Primaria en Salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud, han quedado en meros postulados.

Las anteriores reformas, sin mencionar la fallida Emergencia Social y la actividad del órgano judicial a través de la Sentencia T- 760 de 2008, constituyen una radiografía de los múltiples intentos de cambio que han resultado ineficaces.

Esta mención histórica, es importante para reiterar que el sistema es fallido, que la crisis actual no es nueva pero si creciente y que la falta de rectoría y la voluntad deliberada de unos agentes, de desconocer las normas, confluyeron en el resultado que nos señala esa imagen diagnóstica.

Este Gremio siempre ha acompañado estos diferentes procesos, advirtiendo los peligros, prendiendo las alarmas necesarias y haciendo las propuestas oportunamente. En efecto, la Asociación ha producido entre otros, dos grandes textos: En el año 2009 "*Alternativas y Equilibrios*"

en la que propuso un modelo de sistema basado en la Atención Primaria en Salud, la integración de redes de servicios de salud, una caja única recaudadora y una Administración Regulada. Estos conceptos se encuentran en alguna medida, en el texto de la reforma propuesta, pero requieren desarrollo y ajustes. En la propuesta de “Llamado a la Acción”, se describieron los principios básicos y la estructura que debería tener el Nuevo Sistema de Salud y la propuesta de los hospitales y clínicas, según la cual, los usuarios deben ser el eje en torno al cual gire la propuesta de cambio.

El nuevo espacio de reforma que se nos presenta hoy, debe aprovecharse para introducir un verdadero cambio, a fin de que no se repita la historia y que en esta ocasión sí se generen las modificaciones estructurales que el sistema de salud necesita. Consideramos que mantener el *status quo* es imposible, el sector hospitalario público y privado del país viene sosteniendo la operación, atendiendo a la población con múltiples esfuerzos, pero la situación ya es inmanejable y ahora está asumiendo la carga y las consecuencias del mal comportamiento de otros agentes. Por ello, en honor a la verdad y la justicia, esta reforma debe proteger de manera preponderante a la población, situación que es imposible de lograr si el Estado no recupera uno de sus patrimonios más importantes: Los hospitales y las clínicas.

En esta oportunidad y luego de realizar un análisis juicioso del texto de proyecto de Ley 210 aprobado en Plenaria de Senado de la República y que se someterá a debate en Comisión Séptima y Plenaria de Cámara de Representantes, comedidamente presentamos para su conocimiento las siguientes observaciones, algunas de las cuales habían sido advertidas en nuestra pasada comunicación del 19 de septiembre y otras que surgen del análisis de las proposiciones aceptadas en la discusión de Plenaria del Senado:

I. SOBRE MI PLAN

En nuestra comprensión de lo que debe ser “Mi Plan”, este debe ser conformado por el POS actual, las actividades, insumos y procedimientos conocidos actualmente como No Pos, los cuales en una transición debidamente programada, deben ser incluidos - atendiendo al principio de Progresividad - y contemplar las actualizaciones periódicas. En todo caso se debe garantizar que en el interregno de tales inclusiones, los usuarios tengan acceso a lo No Pos, por los mecanismos legales existentes, tales como la Acción de Tutela.

En efecto no pueden permitirse regresiones en los derechos adquiridos por la población y en ese sentido los artículos del Proyecto de Ley deben ajustarse.

Artículos relacionados:

ARTÍCULOS	COMENTARIO
Artículo 19. Plan de Beneficios Individual de Salud - Mi-Plan. <i>“El Plan de Beneficios Individual de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, incorporará los servicios y tecnologías de salud <u>que hagan parte del</u></i>	El concepto debe aclararse. El núcleo esencial del Derecho no está definido, entre otras cosas, porque no puede ser objeto de una Ley Ordinaria. Los criterios de inclusiones en Mi Plan, deben ser de tal

<p><i>núcleo esencial del derecho a la salud, que sean financiables con recursos del Sistema, y requeridos para la promoción de la salud, la prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas. Mi-Plan estará estructurado con el fin de lograr los mejores resultados en salud con la mejor utilización de los recursos disponibles.”</i></p>	<p>claridad que no den espacio a interpretaciones, pues las definiciones que se plantean por sí solas, no establecen la frontera entre el núcleo y los demás componentes del Derecho. Se debe garantizar el Sí antes que legitimar el No.</p>
<p>Artículo 21. Mecanismos de priorización de Mi Plan. <i>“La priorización tendrá por objeto incorporar o no a Mi-Plan los servicios y tecnologías no excluidos por el mecanismo anterior y que logren una adecuada utilización social y económica de los recursos disponibles.”</i> (...) Parágrafo 1°. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la incorporación gradual de los servicios y tecnologías en salud del universo de lo recobrado, contados tres (3) años después de la entrada en vigencia de la presente ley.</i></p>	<p>Deben suprimirse las menciones “o no” subrayadas. La priorización no debe tener como propósito la inclusión – pues se entiende que estas ya están definidas -, sino el orden en que estas se realizarán. Debe aclararse el parágrafo 1, a fin de que su contenido no se preste a interpretaciones y se garantice a los usuarios el acceso a lo No Pos, a través de los mecanismos constitucionales legales existentes. Es necesario ajustar la redacción del tiempo estipulado para las inclusiones, pues el plazo debe ser para que a su terminación se hayan realizado las inclusiones, no para que pasados tres años apenas inicie el proceso. Si se pretende disminuir la masa de lo recobrado, deben hacerse las inclusiones oportunamente.</p>

II. SOBRE SALUD MÍA

Al fondo Salud Mía no pueden atribuírsele funciones desmedidas e inviables operativamente. Desde nuestra comprensión del modelo propuesto, al Fondo le corresponde efectuar los desembolsos o giros directos hacia los prestadores previa auditoría de las cuentas por parte del gestor. Si al fondo Salud Mía se le adiciona esa función se estaría dando la razón a los detractores del mecanismo, que ven como uno de los principales riesgos la gran cantidad de procedimientos detallados de auditoría de cuentas que tendría el fondo. Aclarar y corregir ese error es indispensable para superar esos infundados temores.

Otra cosa sería que esa función se trate de la necesaria supra auditoria aleatoria que debería hacerle el fondo al trabajo de los gestores; pero si ese es el entendido, debe corregirse o aclararse de manera suficiente esa ambigua redacción.

Artículos relacionados:

ARTÍCULOS	COMENTARIO
<p>Artículo 12. “Objeto” –Salud-Mía- La Unidad de Gestión – Salud-Mía podrá directamente <u>o a través de terceros</u> desarrollar los procesos operativos y logísticos que requiera para el desarrollo de su objeto. Con el mismo fin – Salud- Mía se apoyará en el uso de Tecnologías de la Información.”</p>	<p>Se adicionó que pueda realizar sus procesos operativos y logísticos a través de terceros, esto permite una delegación ilimitada en las funciones que le son inherentes y que constituyen uno de los puntos centrales de la reforma. Consideramos que para cumplir el objetivo de aclarar esas funciones, debe suprimirse el texto subrayado.</p>
<p>Artículo 13. “Funciones de la unidad de gestión” –Salud-Mía- <i>Literal Jj) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.</i></p>	<p>Debe aclararse el alcance de esa auditoría, pues esta debe hacerse al Gestor.</p>
<p>Artículo 15. “Recursos que recaudará y administrará la unidad de gestión –salud mía.”</p>	<p>Debe incluirse la financiación entre Regímenes. Se hace una presentación de todas las fuentes que nutrirán dicho fondo, sin embargo llama la atención que los recursos de solidaridad entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado originariamente establecidos en el artículo 221 de la Ley 100 de 1993¹, no se encuentran reseñados y por ende se debe entender que ese mecanismo desaparece como fuente de financiación. De ese vacío se desprende la conclusión que al desaparecer la solidaridad inter-regímenes también desaparece la obligación del Estado de cofinanciar en el aporte proporcional que le corresponde según las normas vigentes. Su desaparición sin explicación alguna es una arbitrariedad que debe ser corregida ya que esto puede debilitar aspectos de progresividad en el financiamiento del Sistema.</p>
<p>Artículo 16. “Destinación de los recursos administrados.” <i>a) Pago a los Gestores de Servicios de Salud, de conformidad con lo señalado en la presente ley; j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;</i></p>	<p>Deber suprimirse el literal a). Se repiten pagos a los Gestores por administración y otros generales que no se definen a que corresponden. Al Gestor solo debe reconocérsele el pago por la administración.</p>

¹ Financiación de la Subcuenta de Solidaridad



III. SOBRE LOS GESTORES

El papel de los Gestores debe ser claro y tener unas funciones que respondan al cambio que el país está exigiendo, pues de lo contrario se dará la razón a quienes señalan que tan solo se trata de un cambio de nombre de las actuales EPS.

En términos concretos: A los Gestores no se les debe entregar la UPC en ninguna forma o proporción, sus ingresos no deben contemplar ni la UPC, ni ajustes por riesgo, ni copagos, ni cuotas moderadoras. Sus reconocimientos económicos deben circunscribirse al pago por la administración y establecerse de manera clara su relación con el Estado, ya que es esta definición la que aclara ese híbrido entre aseguramiento y administración, el cual se debe resolver a favor de una figura pura de Administrador.

Así mismo, no deben establecerse funciones que son competencia del Fondo Salud Mía, los procesos operativos de afiliación implican funciones cuya participación por parte de los Gestores desdibuja el cambio que se quiere lograr con la reforma. No deben tener integración vertical en ningún nivel de la atención.

Si el texto no se ajusta en ese sentido, quedamos expuestos a que la reforma se convierta en inservible pues no introduciría los cambios necesarios y que se están esperando.

Artículos relacionados:

ARTÍCULOS	COMENTARIO
Artículo 27: Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor. <i><u>"El Gestor de Servicios de Salud conformará su propia Red de Prestación de Servicios a partir de la Red de Área de Gestión Sanitaria."</u></i>	El inciso subrayado debe suprimirse. Se advirtió que en el texto discutido y que fuera sometido a votación en la Comisión Séptima de Senado, se aprobó que su función era la de "gestionar" no la de conformar la red porque tal como se establece en el presente texto, esta es una de las funciones del Área de Gestión Sanitaria.
Artículo 31: Gestores de Servicios de Salud, (...) <i>"responsables de conformar y gestionar su Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan."</i>	Los gestores no deben conformar la red. Debe suprimirse la palabra subrayada.
"Parágrafo. <i>Las actuales Entidades Promotoras de Salud que se encuentren al día, de conformidad con lo establecido en</i>	Respecto del párrafo debe establecerse con claridad cuáles son esas obligaciones con el sistema y debe exigirse un paz y salvo a quien quiera transformarse en Gestora o



<p><i>la transitoriedad acá contemplada , en sus obligaciones con el Sistema, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.”</i></p>	<p>Administradora.</p>
<p>Artículo 32: Funciones de los Gestores de Servicios de Salud c) <u>Conformar</u> y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud (...) l) <u>Participar y apoyar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación;</u></p>	<p>Deben suprimirse los verbos conformar, participar y apoyar. El uso del verbo “conformar” cambia el sentido de las funciones de esas entidades, les genera de entrada una posición dominante que replica la existente en el actual sistema y los faculta para desaparecer de la vida institucional a entidades que por determinación de esos gestores no sean incluidos en la o las redes que ellos conformen. Esa configuración de una eventual figura de veto a los integrantes del sector hospitalario nos genera un rotundo rechazo y en consecuencia una vehemente solicitud de reconsideración de esa función o esa responsabilidad. Esta petición además tiene asidero y debe discutirse y contar con el respaldo del poder legislativo que en el marco de la aprobación en primer debate en la Comisión Séptima de Senado ordenó que la función era la de gestionar la red, no la de conformarla. Debe suprimirse la función de participar y apoyar en los procesos operativos de afiliación.</p>
<p>Artículo 37. Gestores de Servicios de Salud con participación pública. “(...) y en cuya jurisdicción se encuentre más de cuatrocientos habitantes podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud”</p>	<p>Debe ajustarse el texto a “cuatrocientos mil”. Si en el texto anterior se estipulaba que era un millón de personas, se pregunta entonces; cuáles fueron los criterios para establecer ese número de habitantes (400 mil) como condicionante para constituirse como Gestores?</p>
<p>Artículo 38. Integración vertical. <u>Está prohibida la integración vertical de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud salvo en la prestación de servicios básicos de primer nivel de atención en salud.</u></p>	<p>La integración vertical debe ser prohibida totalmente y sin excepciones. Adicionalmente el texto propuesto no define que son servicios básicos. Cómo se controlará el tema del mercado, su distorsión, la relación transparente, las</p>



<p><i>Parágrafo 1°. Se prohíbe a los Gestores de Servicios de Salud utilizar los recursos destinados a servicios de salud en inversiones de equipamiento de salud o infraestructura de salud.</i></p> <p><i>Parágrafo 2°. Los servicios de salud prestados por los Gestores de Servicios de Salud en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de integración vertical, deberán hacerlo en condiciones de no distorsión de mercado, con transparencia en su relación, a tarifas de mercado y abiertos a la atención de usuarios de otros Gestores de Servicios de Salud.</i></p> <p><i>El Ministerio de Salud y Protección Social implementará sistemas de medición que permitan hacer evaluaciones periódicas a los Gestores de Servicios de Salud sobre su gestión en salud y de regulación del mercado.</i></p> <p><i>Parágrafo 3°. La prohibición de integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley</i></p>	<p>tarifas, si la experiencia mostró la imposibilidad de controlar este tipo de figuras?</p> <p>Resulta innecesario realizar comparativos u observar esta figura fuera del país, la experiencia en Colombia proporciona un buen número de razones por las cuales debe prohibirse y en una lista no exhaustiva podríamos mencionar que: <i>i) las limitaciones a la libertad de escogencia, ii) el exceso de oferta en sitios poblados y mercados afluentes de infraestructura hospitalaria, iii) el debilitamiento de partes de la red hospitalaria pública, iv) los favorecimientos a las redes propias y el tratamiento discriminatorio a las externas, v) las asimetrías de calidad de la red, vi) la acción constante y deliberada de capturar al usuario en las propias IPS y no trasladarlos - cuando es necesario - a costa de su deterioro en salud o inoportunidad en la atención, vii) los altos índices de peticiones, quejas y reclamos, viii) la no competencia, ix) la contradicción de intereses que generan: las autocompras, las autoauditorías y los autoreportes, x) la explosión de los recobros y xi) algunos de los más sonados casos de corrupción del sector salud, pasan de una u otra forma por la integración vertical.</i></p> <p>Debe eliminarse toda posibilidad de esa integración haciendo que todas las Instituciones intervinientes en el sector salud se especialicen en sus funciones y desempeñen un rol puro. Los administradores a administrar, los prestadores a atender.</p>
<p>Artículo 39. Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud. <i>Cada Gestor de Servicios de Salud, en una determinada Área de Gestión Sanitaria, tendrá derecho a los siguientes ingresos, atendiendo los porcentajes o montos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social:</i></p>	<p>Debe modificarse el título del artículo, estableciendo como reconocimiento económico la suma por administración. Si se mantiene una UPC y esta se considera un ingreso y si eventualmente entra a las cajas de los gestores no se habrá modificado la estructura actual y por lo tanto se trata de un cambio de denominación únicamente.</p>



<p>a) <u>Una suma fija para financiar los gastos de administración definida con base en el número de usuarios;</u></p> <p>b) <u>Un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan;</u></p> <p>c) <u>Un valor derivado de la aplicación de mecanismos de ajuste o redistribución del riesgo;</u></p> <p>d) <u>Otros ingresos tales como copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros.</u></p>	<p>Este artículo se debe modificar dejando en claro – como lo ha anunciado el Gobierno– que los gestores <u>no manejarán</u> el dinero pues este estará a buen recaudo en salud mía y que ellos serán remunerados con un porcentaje de administración a determinar y un esquema de incentivos por obtención de resultados.</p> <p>Nunca más y honrando la nefasta lección aprendida, se debería permitir que se hagan ahorros y ganancias negando servicios o restringiendo accesos. La clave del cambio en la tenencia del dinero y el momento y forma de pago a los gestores será determinante del éxito o fracaso del modelo planteado. Los copagos y cuotas moderadoras -en caso de mantenerse- también deben ser un ingreso del Sistema, es decir, ir a nutrir la cuenta de Salud Mía, no las de los Gestores, pues para su operación, recibirán recursos por administración. Si se quiere promover un esquema de gestión por resultados, se podría establecer un pago por desempeño donde cada Gestora o Administradora aporte recursos de un patrimonio propio – proveniente de los recursos patrimoniales de las administradoras, no del sistema- para crear una cuenta de estímulo a los buenos desenlaces en salud, de manera tal que aquellas que tengan buenos resultados obtengan beneficios como premio a su gestión.</p>
<p>Artículo 33. Comisión de Área de Gestión Sanitaria. <i>“Esta Comisión estará integrada por dos (2) representantes de las Entidades Territoriales que comprenden el Área de Gestión Sanitaria, uno de los cuales la presidirá, por un (1) representante del Ministerio de Salud y Protección Social, dos (2) representantes de los Gestores de Servicios de Salud, un (1) representante de los Prestadores de Servicios de Salud y un (1) representante de los usuarios.”</i></p>	<p>Debe modificarse el aparte subrayado. No debe privilegiarse a los Gestores otorgándoles más representantes que al resto de los agentes. Sugerimos que se iguale el número de representantes para estos 3 actores de manera que cada uno pueda tener 2 representantes o en su defecto cada uno con 1 representante. Si esa fórmula no es posible entonces sugerimos que se invierta la proporción de representantes de gestores y de usuarios de manera que al final sean los usuarios los que tengan 2 representantes y los gestores 1 solo.</p>

IV. SOBRE LAS IPS

No debe modificarse la clasificación actual de los Prestadores de Servicios de Salud, pues esta ya está definida y así ha sido establecida en los requisitos de habilitación. Debe establecerse la libertad de escogencia del Prestador y no atarse a la oferta que defina el Gestor, este es un aspecto que debe promover servicios de atención con calidad para la población. Si es el Gestor quien define, se presentará la exclusión y selección arbitraria que se presenta hoy en día, entendida esta como la situación en la que la EPS filtra o selecciona a voluntad las IPS que conforman su red.

La conformación de la red debe estar en cabeza de las Áreas de Gestión Sanitaria, quienes deben provisionar una red óptima vital determinada de acuerdo a la correlación de la epidemiología, la geografía y la oferta existente. Sobre esa red óptima la Gestora o Administradora debería poder adicionar Instituciones a dicha red pero en ningún caso, disminuir la oferta básica. Esa formula permitiría generar competencia entre administradores basada en mayores y mejores ofertas para los afiliados sin menoscabar el diseño del óptimo que previamente ha definido el área de gestión sanitaria.

De otra parte, los mecanismos de liquidez que se proponen para las IPS, deben garantizar que los servicios que fueron oportuna y debidamente prestados sean reconocidos y pagados en su totalidad. No puede aceptarse el “castigo” de cartera irrecuperable ni descuentos para el pago, ya que las Instituciones Hospitalarias tienen la evidencia de haber atendido a unos pacientes, para cuya atención las EPS recibieron los recursos necesarios. ¿Por qué entonces se pretende sacrificar a las IPS y que estas asuman los malos manejos que dieron esas entidades responsables de pago? Si dichas Entidades hoy se retiran del Sistema dejando unas deudas abrumadoras, tendrá el Estado que resolver con mecanismos eficaces y/o asumir tales deudas, pues la realidad muestra que la falta de control permitió el desmán por todos conocido.

Señor Ministro, tal como usted lo ha afirmado públicamente, estas medidas deben ser ejemplarizantes a fin de que la historia no se repita.

Artículos relacionados:

ARTÍCULOS	COMENTARIO
Artículo 26. Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos: <u>a) Los Prestadores de Servicios de Salud Primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana</u>	<p>Debe suprimirse este artículo. Es innecesaria la modificación en la clasificación de las IPS, a menos que se pretenda atar a la atención básica de la que trata el artículo de integración vertical, concepto que hemos rechazado enfáticamente.</p> <p>El párrafo 5° no tiene relación con el título del artículo.</p> <p>El contenido relacionado con la</p>



y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.

Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.

b) Los Prestadores de Servicios de Salud Complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.

“Parágrafo 5º. Queda prohibido el cobro de copagos a los usuarios del Régimen Subsidiado sobre las atenciones requeridas en el tratamiento de enfermedades catastróficas o de alto costo.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el cobro de copagos sobre las atenciones requeridas en el tratamiento de enfermedades catastróficas o de alto costo para usuarios del Régimen Contributivo, exonerando a las personas de bajos ingresos. Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social reglamente lo dispuesto en el presente parágrafo, se entenderá como persona de bajos ingresos aquella cuyo ingreso Base de Cotización sea inferior

cofinanciación de las enfermedades de alto costo, riñe con derechos adquiridos de los pacientes y con la jurisprudencia sobre la materia. No debe hacerse más gravosa la situación – ya de por sí difícil – de los pacientes afectados con estas patologías. La atención y asignación de recursos de estos servicios ha sido ampliamente definida.

Deben suprimirse los apartes subrayados.



<p><u>a dos (2) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) en el mes en el que se preste la respectiva atención.”</u></p>	
<p>Artículo 40. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores.</p> <p><u>“Parágrafo 1°. Las obligaciones derivadas de las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de finalización de la prestación del servicio. Estos valores deberán provisionarse contablemente.</u></p> <p><u>“Parágrafo 2°. Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados.”</u></p>	<p>Estos parágrafos deben eliminarse. Esa prescripción es ilegal y perversa. Riñe con normas de mayor jerarquía como el Código de Comercio que establece la prescripción para los títulos valores en tres años. – Artículo 779 C.Co. asemeja la factura a los términos de la letra de cambio – Aun cuando se está plasmando en un escenario con un nuevo Sistema, es una condición que no debe establecerse pues constituiría un incentivo para que quien debe autorizar permita que por la inacción, las deudas con las IPS prescriban.</p> <p>Las facturas no deben enviarse a Salud Mía, pues esta función está atribuida al Gestor y uno de los puntos básicos de ese trabajo pasa por recibir las facturas y o cuentas de cobro que se generan en las atenciones a la población por parte de los prestadores. Tal como se ha expuesto, es un proceso que solo dificulta y entorpece la operación.</p>
<p>Artículo 75. Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable. (...)</p> <p><u>4. La cartera irrecuperable, como resultado de la conciliación y depuración contable, que no se encuentre provisionada, deberá reclasificarse a Cuentas de Difícil Cobro, provisionarse y castigarse en el ejercicio contable en curso.”</u></p>	<p>El numeral 4 debe eliminarse. Las IPS no deben asumir las consecuencias de los manejos indebidos de los recursos del Sistema; las EPS acostumbran a no provisionar las deudas, esto legitima esa indebida conducta y lesiona profundamente las finanzas de las Instituciones Hospitalarias, cuyos costos de tales servicios ya debió asumir en suministros y en el pago de su personal de salud. Cierra cualquier posibilidad de reclamación de estas deudas por otras vías.</p> <p>Adicionalmente ya existe la circular 030 que define este procedimiento y su aplicación tiene dificultades técnicas, precisamente debido a que las EPS no aclaran, reciben o reconocen las facturas.</p>
<p>Artículo 94 (Nuevo). Mecanismos de liquidez para las Instituciones Prestadores</p>	<p>Este párrafo debe modificarse. No puede considerarse como opción el conceder</p>



<p>de Servicios de Salud.”</p> <p>(...)</p> <p><i>La entidad que el Gobierno Nacional faculte para ello deberá efectuar la compra a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por un valor con descuento, de acuerdo con la metodología que se desarrolle por la entidad con base en los criterios que defina el Gobierno Nacional, debiendo la Institución Prestadora de Servicios de Salud que accede a dicho mecanismo castigar en sus balances la diferencia.</i></p>	<p>descuentos por la compra de cartera, pues se insiste en que el cobro de los servicios prestados por las Clínicas y Hospitales, es legítimo y cuenta con los soportes correspondientes; suficiente resultan tantos años de insistencia y de ruego a las deudoras en el pago y al Gobierno Nacional para que respaldara y apoyara dichas gestiones no solo desde lo normativo sino desde las acciones concretas de exigencia, como para que luego de que tales deudas se hayan envejecido y acrecentado de tal manera, no se contemplen siquiera intereses moratorios pero sí se exijan descuentos para lograr su pago.</p> <p>Si esta operación tiene un costo adicional, que sean las deudoras quienes lo asuman o que se conforme un Fondo de Estabilización para estos efectos, como un mecanismo indemnizatorio por parte del Estado.</p>
--	---

V. OTRAS DISPOSICIONES

Artículos relacionados:

ARTÍCULOS	COMENTARIO
<p><u>Artículo 81. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas.</u></p> <p><i>Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.</i></p>	<p>Para las Instituciones Hospitalarias Públicas constituye motivo de preocupación los cambios que se pretenden introducir en la elección de sus Gerentes. Consideramos que si bien el proceso actual ha tenido reparos y debe privilegiarse la verdadera elección por méritos, no es conveniente devolvemos a mecanismos que generaron en el pasado, aún más dificultades.</p> <p>Si bien parece necesario armonizar la meritocracia con la política regional, se debe elaborar un concurso Nacional o “prueba de estado” de conocimiento sustantivo en administración y gestión hospitalaria, permitiendo que la escogencia regional o local se de estrictamente entre quienes aprueben dicho examen.</p> <p>Debe propenderse por la estabilidad laboral de los Gerentes, en consonancia con los proyectos de mejorar los asuntos de vinculación laboral en estas entidades. Es necesario encontrar el equilibrio entre la</p>



meritocracia, la estabilidad laboral y la gobernanza en la administración de las Empresas Sociales del Estado.
--

VI. FALTANTES NOTABLES

En el Proyecto de Ley, existen algunos aspectos que por su importancia e implicaciones en el Sistema, no deben estar ausentes. Son los siguientes:

Organismo de Gobernanza

Tal como lo hemos señalado en diversos escenarios, es necesario fortalecer el tema de gobernanza del Sistema en la propuesta de reforma. Consideramos que es imprescindible constituir un Cuerpo Colegiado, que funja como la Junta Directiva del Sistema de Salud, pues su funcionamiento generaría un conveniente esquema de pesos y contrapesos, facilitaría la rendición de cuentas, la transparencia a los procesos y permitiría evaluaciones integrales en el futuro funcionamiento del Sistema que queremos.

Redes Integradas y Atención Primaria en Salud. Deben conservarse las disposiciones establecidas en la Ley 1438 sobre estas temáticas, pues la mayoría de esos textos – aprobados por el presente congreso- conservan validez y absoluta vigencia. Esos capítulos resultan indispensables para darle coherencia y sustento a los demás componentes que trae este proyecto de Ley. Sin una adecuada definición y desarrollo especialmente de la Atención Primaria en Salud el modelo deseado queda incompleto. En el artículo 98 (Vigencias y Derogatorias), se contempla la derogatoria de lo referido por lo tanto ese aspecto del artículo debe corregirse.

Régimen Laboral de las Empresas Sociales del Estado. En el análisis de esta temática debe involucrarse a las diferentes partes afectadas. Tal como lo han sugerido instancias y organizaciones internacionales, en las discusiones en materia laboral debe realizarse un análisis tripartito, entre el Gobierno, los trabajadores y los empleadores, de manera tal que se involucre al sector real de la economía en este caso a los Hospitales y las Clínicas.

VII. CONCLUSIÓN

De conformidad con lo anteriormente expuesto, se puede establecer que es necesario un ajuste profundo en la redacción del texto propuesto de reforma, a fin de que responda a las necesidades en salud de la población. Tal como señalábamos al inicio del presente escrito, la única manera de que la propuesta constituya una verdadera reforma y no se ahogue o se “pierda” como las anteriores, es que esta vez los cambios que se introduzcan correspondan a un nuevo Sistema de Salud.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas reitera que para que se considere una verdadera reforma: 1) Debe garantizarse que no se generarán retrocesos en las coberturas actuales del POS,

ni atar el acceso de los servicios de la población a su capacidad de pago; 2) Debe mantener la vigencia activa de la Acción de Tutela; 3) Debe crearse un fondo con funciones limpias; 4) Debe cambiarse al esquema de administración pura superando el falso aseguramiento actual; 5) El modelo de atención debe estar basado en la Atención Primaria en Salud; 6) Debe existir una Junta directiva de todo el sistema que sea democrática; 6) Se debe promover el buen gobierno hospitalario público, fomentando modelos de selección de gerentes que encuentren el equilibrio entre la estabilidad laboral, la meritocracia y la gobernabilidad; 7) Debe prohibirse totalmente la integración vertical de las Gestoras o Administradoras en cualquier nivel; 8) Las Gestoras NO deben conformar las redes de prestación de servicios; 9) Las Gestoras NO deben tener como ingresos la UPC ni recibir ajustes por riesgo, ni el valor de las cuotas moderadoras; 10) Las Gestoras NO deben generar excedentes producto de los recursos destinados a la atención en salud de la población; 11) El nuevo modelo debe garantizar un plan de beneficios mayor y mejor que el actual.

Señor Ministro, la ACHC, el Gremio de los Hospitales y las Clínicas, le reitera que es indispensable la reforma y el sentido de urgencia de la misma. Coincidimos con algunos títulos del articulado pero diferimos en varios de sus desarrollos y por eso con el ánimo de construir una verdadera reforma al sistema de salud Colombiano presentamos para su consideración y la del poder Legislativo las anteriores argumentaciones y propuestas de ajuste.

Con sentimientos de aprecio y consideración,



JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA
Director General